แบบฟอร์มการขอสนับสนุนตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสม

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อมทางการแพทย์แผนไทย

โรงพยาบาล...จังหวัด...
มีความประสงค์จะขอสนับสนุนตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม โดยขอแจ้งรายละเอียด ดังนี้

๑. เลขที่ใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษ ประเภท ๕ เฉพาะกัญชา...

๒. มีแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย

☐ การสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย ☐ การใช้น้ำมันกัญชาฯ (Special Access Scheme) ออนไลน์

๓. ขอสนับสนุนตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม ดังนี้

ลำดับ	ชื่อตำรับยา	ขนาดบรรจุต่อกล่อง	จำนวน (กล่อง)
๑	ศุขไสยาศน์	๒ กรัม* ๓๐ ซอง	
๒	ทำลายพระสุเมรุ	๒ กรัม* ๓๐ ซอง	
๓	แก้ลมแก้เส้น	๒ กรัม* ๓๐ ซอง	
๔	ไฟอาวุธ	๒ กรัม* ๓๐ ซอง	
๕	อไภยสาลี	๒ กรัม* ๓๐ ซอง	
๖	อัมฤตย์โอสถ	๒ กรัม* ๓๐ ซอง	
๗	ยาทาริดสีดวงและโรคผิวหนัง	๒ กรัม* ๓๐ ซอง	
๘	ไพสาลี	๒ กรัม* ๓๐ ซอง	
๙	อัคคินีวคณะ	๓.๗๕ กรัม* ๓๐ ซอง	
๑๐	แก้ลมขึ้นเบื้องสูง	๒ กรัม* ๓๐ ซอง	
๑๑	ทัพยาธิคุณ	๒ กรัม* ๓๐ ซอง	
๑๒	แก้นอนไม่หลับ/แก้ไข้ผอมเหลือง	๒ กรัม* ๓๐ ซอง	
๑๓	แก้ลมเนาวนารีวาโย	๒ กรัม* ๓๐ ซอง	
๑๔	แก้สัณฑฆาต กล่อนแห้ง	๒ กรัม* ๓๐ ซอง	
๑๕	น้ำมันกัญชา (ตำรับหมอเดชา)	๑๐ ml* ๕๐ ขวด	

๔. วัน-เวลาเปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย...

๕. รายงานการใช้ยาด้านประสิทธิผลเบื้องต้น (AUR) ล่าสุด เมื่อวันที่...

๖. รายงานการใช้ยาด้านประสิทธิผลเบื้องต้น (SAS) ล่าสุด เมื่อวันที่..

๗. ผู้ประสานงานด้านการรายงานการใช้ตำรับยาฯ

ชื่อ-นามสกุล..ตำแหน่ง....................................

โทรศัพท์มือถือ..Line ID..

E-mail..

๘. ผู้ประสานงานด้านการจัดส่งตำรับยาฯ

ชื่อ-นามสกุล..ตำแหน่ง....................................

โทรศัพท์มือถือ..Line ID..

E-mail..

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ..

(...)

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาล...)

ฉบับปรับปรุง วันที่ 19 ตุลาคม 2563